

**Centros de salud basados en la escuela de Anchorage**  
a/c Christian Health Associates, 1825 Academy Dr., Anchorage AK 99507  
907-742-0479

La escuela de su estudiante tiene servicios de salud adicionales disponibles a través de los **Centros de salud basados en la escuela de Anchorage (ASBHC)**. Estos servicios opcionales se administran a través de una asociación con el Distrito Escolar de Anchorage (ASD) y los ASBHC a fin de brindar atención médica EN la escuela para mantener saludables a los estudiantes y que ASISTAN a ella. **SE REQUIERE EL CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES ANTES DE BRINDAR ALGÚN SERVICIO.** 

Los servicios disponibles incluyen atención integral y apropiada según la edad similar a la que se brinda en un consultorio médico pediátrico o de familia, como ser

- Enfermedad o infección aguda
- Evaluación, tratamiento y/o derivación por lesiones
- Exámenes físicos\*
- Se encuentran disponibles servicios de salud del comportamiento para un número limitado de estudiantes cuando son derivados por un proveedor médico o por el personal escolar.

*\* Se requiere un examen físico anual a todos los estudiantes que participan en un deporte escolar, el cual se realiza en la escuela o por parte de un proveedor de atención médica en la comunidad. Puede encontrar más información en <http://www.asdk12.org/activities/>*

Los que brindan los servicios son proveedores de atención médica con licencia, como ser médicos, enfermeros profesionales avanzados y asistentes médicos. Se alienta a todas las familias a contar con un centro médico y los ASBHC coordinarán con el proveedor de atención médica privada de su hijo por cualquier servicio que haya recibido en la escuela. El uso de los ASBHC es conveniente para los padres, ya que no tienen que preocuparse por salir del trabajo u organizar el transporte para llevar a sus hijos al médico. Si existiera algún problema de salud, se informará a los padres y se alienta a los estudiantes a hablar con sus padres sobre su salud. Los padres deben saber que cualquier adolescente puede acceder de manera legal y confidencial a otra atención con otros proveedores de la comunidad, para “diagnóstico, prevención o tratamiento del embarazo, y para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades venéreas”; Estatuto de Alaska Sec. 25.20.025.

Las clínicas están ubicadas en o cerca del consultorio de enfermería escolar. Estos servicios son adicionales o en conjunto con enfermería escolar. En caso de una emergencia, *siempre se llamará al 911 por afecciones graves.*

Pese a que los servicios de los ASBHC tienen un cargo, brindamos servicio a las familias independientemente de su capacidad de pago y hacemos descuentos en los servicios según el ingreso y el tamaño de la familia. Los ASBHC facturarán al seguro, incluyendo Denali KidCare por los exámenes físicos y el tratamiento de enfermedades o lesiones menores y demás servicios de salud prestados.

**Complete TODAS las áreas sombreadas en estos formularios y devuélvalos a la clínica o al consultorio de enfermería.**

### **ES OBLIGATORIO EL CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES PARA LA CLÍNICA**

Los siguientes consentimientos le permiten a su estudiante recibir servicios médicos a través de los Centros de salud basados en la escuela de Anchorage. Profesionales de la salud con licencia (como médicos y enfermeros profesionales avanzados) prestan los servicios. Un voluntario o proveedor de atención médica remunerado atenderá a los estudiantes, según el horario. Si un proveedor voluntario atiende al estudiante, debe quedar claro, tanto para el estudiante como para sus padres o tutores, que sus derechos legales con respecto a daños o lesiones podrían estar limitados en virtud de la ley de Alaska.

***Un padre o tutor puede revocar su consentimiento en cualquier momento por medio de una notificación por escrito a los ASBHC.***

Encontrará más información disponible en línea en <http://christianhealth.org/school-based-health-centers/>

**Centros de salud basados en la escuela de Anchorage**  
a/c Christian Health Associates, 1825 Academy Dr., Anchorage AK 99507  
907-742-0479

Este consentimiento permite a los ASBHC prestar los servicios, según sea necesario, luego de recibir la derivación por parte de enfermería escolar. [SEP]

Coloque aquí las iniciales

Doy mi consentimiento para que mi estudiante reciba los servicios médicos a través de los Centros de salud basados en la escuela de Anchorage. Los servicios incluyen:

- Atención médica general similar a la que brindada en el consultorio de un pediatra o en el consultorio del médico de familia.
- Enfermedades e infecciones agudas como (infecciones del oído, faringitis estreptocócica, trastornos de la piel, etc.)
- Evaluación, tratamiento y/o derivación por lesiones [SEP]
- Exámenes físicos que incluyen evaluación física, fomento del bienestar (hábitos alimenticios, nutrición, ejercicio y crecimiento (altura/peso), seguridad (cinturones de seguridad, cascos de bicicleta, etc.), limitación del tiempo de pantalla, prevención de enfermedades, etc. [SEP]

Si no está de acuerdo con la atención médica de su hijo menor a través de los ASBHC, su estudiante no recibirá dichos servicios a menos que usted lo inscriba luego en los ASBHC.

➤ **EXAMEN FÍSICO**

Coloque aquí las iniciales

Doy mi consentimiento para que mi estudiante reciba un examen físico integral de parte de los Centros de salud basados en la escuela de Anchorage durante el año escolar 20\_\_\_\_. Este examen satisface los requisitos para un examen físico deportivo.

BIEN

Coloque aquí las iniciales

No deseo que mi hijo reciba un examen físico en este momento, pero comprendo que puedo solicitarlo en el futuro.

Nombre del estudiante:	Fecha de nacimiento:
Firma del estudiante:	Fecha:
Nombre del padre o tutor:	Teléfono:
Firma del padre o tutor:	Fecha:

**POLÍTICAS DE PRIVACIDAD**

Coloque aquí las iniciales

Acuso recibo de una copia del Aviso de prácticas de privacidad HIPAA de los Centros de salud basados en la escuela de Anchorage (adjunto a este paquete). *Se requiere el acuse de recibo para los servicios.*

Proveedor médico primario o "Centro médico" (si corresponde):

Se necesita un "Formulario de divulgación de información" en caso que deban enviarse los registros.

**INFORMACIÓN DEL SEGURO O PAGO**

Estamos comprometidos a hacer asequible y accesible la atención médica para todos los estudiantes. Aceptamos todos los planes de seguro y recibimos Medicaid/Denali Kid Care. Se cobrará una tarifa mínima de \$10 a las familias cuyos ingresos estén por debajo del 100% de la línea federal de pobreza. Se cobrarán tarifas con descuento según los ingresos, a las familias cuyos ingresos estén entre el 100% y el 200% de la línea federal de pobreza. No enviamos las cuentas a agencias de cobranzas. No se cobrará a los estudiantes al momento del servicio. No se rechazará el servicio a nadie porque no puedan pagarla.

Encontrará más información disponible en línea en <http://christianhealth.org/school-based-health-centers/>

**Centros de salud basados en la escuela de Anchorage**  
a/c Christian Health Associates, 1825 Academy Dr., Anchorage AK 99507  
907-742-0479

<i>MARQUE CON UN CÍRCULO el tipo de seguro:</i>		
Medicaid/Denali Kid Care	Seguro privado	
Sin seguro/particular		Otro

Número de identificación del seguro:
Nombre completo del suscriptor del seguro:
Fecha de nacimiento del padre o suscriptor del seguro:
Parentesco del paciente con el suscriptor:
Nombre de la compañía de seguros
Dirección postal de la compañía de seguro:

Información de tarifa de escala móvil

*Debe estar completo para recibir los ajustes de la tarifa de escala móvil.*

*Si no cuenta con esta o con la información del seguro, recibirá una factura por el monto total de los servicios prestados.*

Número de integrantes en el hogar:	Ingresos del hogar: (marque con un círculo)    Mensual    o    Anual	
------------------------------------	---	--

Entiendo que existe una tarifa por los servicios de los ASBHC. Reconozco que la información brindada es correcta y se utilizará para la administración de mi cuenta y el procesamiento de los reclamos del seguro. Si los servicios están cubiertos por el seguro, asigno todos los reembolsos por dichos servicios a los Centros de salud basados en la escuela de Anchorage y solicito que la compañía de seguros pague directamente al proveedor. Si la visita no está cubierta por el seguro, entiendo que soy responsable de todos los cargos incurridos por mi estudiante en los ASBHC.

Firma del padre o tutor:	Fecha:
--------------------------	--------

# **Centros de salud basados en la escuela de Anchorage**

## **Su información. Sus derechos. Nuestras responsabilidades.**

---

Este aviso describe cómo se puede usar y revelar su información médica y cómo usted puede tener acceso a esta información. **Léalo con atención.**

### **Sus derechos**

Usted tiene derecho a:

- Obtener una copia impresa o electrónica de su historia clínica
- Corregir su historia clínica impresa o electrónica
- Solicitar la confidencialidad de las comunicaciones
- Solicitar que limitemos la información que compartimos
- Obtener una lista de las personas con las que hemos compartido su información
- Obtener una copia de este aviso de privacidad
- Elegir a una persona para actúe en su nombre
- Presentar una queja si cree que sus derechos de privacidad han sido violados

### **Sus opciones**

Usted tiene algunas opciones relacionadas con la forma en que usamos y compartimos su información cuando:

- Informamos a familiares y amigos sobre su afección
- Proporcionamos ayuda en caso de desastres
- Lo incluimos en un directorio del hospital
- Brindamos atención de salud mental
- Comercializamos nuestros servicios y vendemos su información
- Recaudamos fondos

### **Nuestros usos y divulgaciones**

Podemos usar y compartir su información al:

- Tratarlo
- Administrar nuestra organización
- Facturar sus servicios
- Ayudar con asuntos de salud y seguridad públicas
- Realizar investigaciones
- Cumplir con las leyes
- Responder a solicitudes de donación de órganos y tejidos
- Trabajar con un médico forense o director de una funeraria
- Abordar una solicitud de indemnización por accidente de trabajo, de las fuerzas del orden público y otras solicitudes del gobierno
- Responder a juicios y acciones legales

## Sus derechos

**Cuando se trata de su información de salud, usted tiene ciertos derechos.** Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarlo.

### **Obtener una copia impresa o electrónica de su historia clínica**

- Usted puede pedir ver u obtener una copia impresa o electrónica de su historia clínica y demás información médica que tengamos sobre usted. Pregúntenos cómo hacer esto.
- Le proporcionaremos una copia o un resumen de su información médica, generalmente dentro de los 30 días desde su solicitud. Es posible que cobremos un arancel razonable basado en los costos.

### **Pedirnos que corriamos su historia clínica**

- Nos puede pedir que corriamos la información médica suya que considere incorrecta o incompleta. Pregúntenos cómo hacer esto.
- Podríamos rechazar su solicitud, pero le explicaremos los motivos, por escrito, dentro de los 60 días.

### **Solicitar la confidencialidad de las comunicaciones**

- Puede pedirnos que nos pongamos en contacto con usted de un modo específico (por ejemplo, al teléfono particular o del trabajo) o que mandemos correspondencia a una dirección diferente.
- Aceptaremos todas las solicitudes que sean razonables.

### **Pedirnos que limitemos lo que usamos o compartimos**

- Puede pedirnos que no usemos o compartamos cierta información médica para el tratamiento, el pago o nuestras operaciones. No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos negarnos si esto afectara su atención.
- Si usted paga la totalidad de un servicio o artículo de atención médica de su bolsillo, puede pedirnos que no compartamos esa información para el pago o para nuestras operaciones con su aseguradora. Aceptaremos su solicitud, a menos que la ley nos exija compartir esa información.

### **Obtener una lista de las personas con las que hemos compartido información**

- Puede pedirnos una lista (recuento) de las veces que hemos compartido su información médica durante los seis años anteriores a la fecha en que lo solicite, con quién la hemos compartido y el motivo.
- Incluiremos todas las divulgaciones, excepto aquellas relacionadas con el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica, además de ciertas otras divulgaciones (como cualquiera que nos solicite hacer). Le proporcionaremos un recuento de un año de forma gratuita, pero le cobremos un arancel razonable basado en los costos si nos pide otro en un plazo de 12 meses.

### **Obtener una copia de este aviso de privacidad**

Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si ha acordado recibir el aviso de forma electrónica. Le proporcionaremos una copia impresa a la brevedad.

### **Elegir a una persona para actúe en su nombre**

- Si le ha extendido a alguna persona un poder de representación médica o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica.
- Nos aseguraremos de que esa persona tenga esta autoridad y que pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.

### **Presentar una queja si cree que se violan sus derechos**

- Si considera que hemos violado sus derechos puede presentar una queja comunicándose con nosotros. Para ello, consulte la información de la página 1.
- También puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201; llamando al 1-877-696-6775 o visitando [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/).
- No tomaremos ninguna represalia contra usted por presentar una queja.

## **Sus opciones**

### **Para cierta información médica, nos puede comentar sus decisiones acerca de lo que compartimos.**

Debe comunicarse con nosotros en caso de tener alguna preferencia clara sobre cómo compartimos su información en las siguientes situaciones. Díganos qué quiere hacer, y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, tiene el derecho y la opción de decirnos que:

- Compartamos su información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su atención
- Compartamos información en una situación de ayuda en caso de desastres
- Incluyamos su información en el directorio del hospital

*Si no puede comunicarnos sus preferencias, por ejemplo, si está inconsciente, podríamos compartir su información si consideramos que es para su bien. También podremos compartir su información cuando sea necesario para reducir una amenaza grave e inminente a la salud o la seguridad.*

En los siguientes casos, nunca compartiremos su información a menos que usted nos autorice por escrito:

- Propósitos de mercadeo
- Venta de su información

- Prácticamente toda divulgación de sus notas de psicoterapia

En caso de una recaudación de fondos:

- Podríamos comunicarnos con usted para recaudar fondos, pero puede indicarnos que no lo hagamos nuevamente.

## **Nuestros usos y divulgaciones**

### **¿Cómo usamos o compartimos generalmente su información médica?**

Generalmente usamos o compartimos su información médica de las siguientes maneras:

#### **Tratarlo**

Podemos usar su información médica y compartirla con otros profesionales que lo están tratando, incluyendo el enfermero escolar.

*Por ejemplo: Un médico que lo está tratando por una lesión le pregunta a otro médico sobre su condición médica general.*

#### **Administrar nuestra organización**

Podemos usar y compartir su información médica para administrar nuestros consultorios, mejorar su atención y comunicarnos con usted cuando sea necesario.

*Por ejemplo: Usamos información médica sobre usted para administrar su tratamiento y los servicios.*

#### **Facturar sus servicios**

Podemos usar y compartir su información médica para facturar y obtener pagos de parte de los planes de salud u otras entidades.

*Por ejemplo: Proporcionamos información sobre usted a su plan de seguro médico con el fin de que pague sus servicios.*

### **¿De qué otro modo podemos usar o compartir su información médica?**

Tenemos permitido o debemos compartir su información de otros modos; generalmente de maneras que contribuyan al interés social, como salud e investigación públicas. Tenemos que cumplir con varias condiciones legales antes de poder compartir su información con estos fines. Para más información, consulte: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html).

## **Ayudar con asuntos de salud y seguridad públicas**

Podemos compartir información médica sobre usted para determinadas situaciones, como las siguientes:

- Prevención de enfermedades
- Asistencia para retirar productos de circulación
- Informe de reacciones adversas a medicamentos
- Informe de supuesto abuso, abandono o violencia doméstica
- Prevención o reducción de una amenaza grave para la salud o seguridad de cualquier persona

## **Realizar investigaciones**

Podemos usar o compartir su información con fines de investigación médica.

## **Cumplir con las leyes**

Compartiremos información sobre usted si lo exigen las leyes estatales o federales, incluido el Departamento de Salud y Servicios Humanos, en caso de que este último necesite corroborar que estamos cumpliendo con la ley federal de privacidad.

## **Responder a solicitudes de donación de órganos y tejidos**

Podemos compartir información médica sobre usted con organizaciones de obtención de órganos.

## **Trabajar con un médico forense o director de una funeraria**

Podremos compartir información médica con un forense, médico forense o director de una funeraria cuando fallece una persona.

## **Abordar una solicitud de indemnización por accidente de trabajo, de las fuerzas del orden público y otras solicitudes del gobierno**

Podemos usar o compartir información médica sobre usted en los siguientes casos:

- Para reclamos de indemnización por accidente de trabajo
- Para propósitos de orden público o con un oficial del orden público
- Con agencias de control de la salud para realizar actividades autorizadas por ley
- Para funciones especiales del gobierno, como servicios militares, de seguridad nacional y servicios de protección presidencial

## **Responder a juicios y acciones legales**

Podemos compartir información médica sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación.

## **Nuestras responsabilidades**

- Por ley, debemos mantener la privacidad y seguridad de su información de salud protegida.
- Le informaremos de inmediato si se produjera una violación que pudiera haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos cumplir con las obligaciones y prácticas de privacidad descritas en este aviso y proporcionarle una copia de este.
- No utilizaremos ni compartiremos su información de otra manera que la descrita aquí, a menos que usted nos indique, por escrito, que podemos hacerlo. Si nos autoriza a hacerlo, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Si cambiara de opinión, háganoslo saber por escrito.

Para obtener más información, consulte:

[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html).

## **Cambios a los términos de este aviso**

Podemos cambiar los términos de este aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible a solicitud, en nuestro consultorio y en nuestro sitio web.

## **Otras instrucciones para el aviso**

- Estas políticas entran en vigencia a partir del 1 de julio de 2015.
- Si tiene alguna pregunta o comentario, comuníquese con el Director del Programa de los ASBHC al 907-742-70479.
- Nunca comercializamos ni vendemos información personal.